**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**PLANILLA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombre del Paciente** |  |
| **DNI** |  |
| **Institución que lo asiste** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD** |  |
| **AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR** |  |
| **RESULTADO DEL FACTOR REUMATOIDEO** |  |
| **CLASE FUNCIONAL** |  |
| **CLASE RADIOLÓGICA (adjuntar Rx de manos y pies del ultimo año)** |  |
| **HAQ (adjuntar cuestionario)** |  |
| **DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global del paciente)** |  |
| **TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar medicación recibida, dosis y tiempo de tratamiento)** |  |
| **OBRA SOCIAL** |  |
| **MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO** |  |

**Fecha:…../……../……..**

**…………………………………………………….**

**Firma y sello del médico actuante.**